

**SANTÉ AU TRAVAIL.** Le droit encadrant le suivi individuel de santé en France est aujourd'hui, plus que jamais, inefficace et hypocrite, réalisé en réponse à des obligations réglementaires plutôt qu'à des réels besoins de santé. Il faut donc d'urgence revoir la pertinence de certaines visites, en particulier, médicales.

## Face à la pénurie des médecins du travail, repenser la pertinence de certaines visites médicales

**Sophie Fantoni Quinton**, Praticien hospitalier, Professeur des universités, Centre Droit et Perspectives du Droit, EA4487, Université de Lille et Paul Frimat, Professeur honoraire en médecine du travail, Université de Lille

1. *Le Monde*: Une récente étude de l'Association nationale des DRH (ANDRH) fait écho à ses propos : 67 % des services de ressources humaines (RH) disent pâtir du manque de médecins pour mettre en œuvre la nouvelle réforme de la santé au travail. [https://www.lemonde.fr/emploi/article/2022/11/02/la-penurie-de-medecins-du-travail-inquiete-les-services-de-ressources-humaines\\_6148157\\_1698637.html](https://www.lemonde.fr/emploi/article/2022/11/02/la-penurie-de-medecins-du-travail-inquiete-les-services-de-ressources-humaines_6148157_1698637.html)

2. Question écrite n° 23410 de M. D. Mandelli (Vendée - Les Républicains) publiée dans le JO Sénat du 24 juin 2021, p. 3928 : M. D. Mandelli attire l'attention de M. le ministre des Solidarités et de la santé sur le manque de médecins du travail en France. À titre d'exemple, aux Herbiers (85), il y a un seul médecin du travail à disposition pour 18 000 salariés alors qu'il en faudrait normalement trois. Selon le réseau santé au travail d'entreprises de Vendée (RESTEV), l'âge moyen de leurs médecins est de plus de 60 ans. Cf. <https://www.sesun.fr/actualites/bases/2021/SEQ210623410.html>

**P**énurie des médecins en général et des médecins du travail en particulier<sup>1</sup>, vieillissement des équipes médicales<sup>2</sup> et des lois passées et en devenir qui ajoutent toujours plus d'obligations de visites individuelles de santé au travail, particulièrement des visites « médicales ». Ceci, alors même que les actions de prévention primaire (éviter les risques) pâtissent du poids de cette approche individuelle principalement axée sur la prévention secondaire (dépistage) et tertiaire (accompagnement des séquelles, maintien en emploi face à une pathologie, etc.). Le droit encadrant le suivi individuel de santé en France est aujourd'hui, plus que jamais, inefficace et hypocrite, réalisé en réponse à des obligations réglementaires plutôt qu'à des réels besoins de santé.

### 1 UN DROIT INEFFICACE

Ce droit est inefficace d'abord, parce que sont mises en échec toutes les tentatives de rééquilibrage de l'équation besoins/moyens du suivi individuel de santé : vaines velléités d'accroître l'attractivité de la médecine du travail, recours en-

core insuffisant aux collaborateurs médecins, accentuation (heureusement !) des délégations vers les infirmiers formés en santé au travail (IDEST), espoirs hypothétiques en des futurs médecins praticiens correspondants ne pouvant répondre aux spécificités de ce suivi de santé au travail (des médecins libéraux ne connaissant pas les conditions de travail, sans doute peu nombreux au regard du paysage médical français actuel). Des solutions de médecine du travail à distance se développent aussi. Elles sont d'ailleurs utiles quand elles ne sont pas exclusives<sup>3</sup>.

Oui, des mesures palliatives ont donc été prises. Elles restent cependant insuffisantes pour tenir les délais exigés par les textes et même pour effectuer nombreuses de ces visites. Face à ce constat, les évolutions réglementaires n'ont qu'ajusté les moyens humains, sans réanalyser les besoins.

### 2 UN CADRE NORMATIF HYPOCRITE

Cela nous conduit ainsi à dire que le présent cadre normatif est également hypocrite. Car pourquoi ne repense-t-on pas à l'intérêt d'avoir un suivi de santé plus ciblé, centré sur les popu-



lations qui en ont le plus besoin, au moment où c'est le plus pertinent pour la santé du travailleur plutôt que de colmater le système par ces mesures palliatives ? Il s'agit pourtant là d'importer la démarche de santé publique dans le champ de la santé au travail ! Pourquoi s'inscrire à toujours empiler des visites dont on ne mesure pas l'efficacité au regard des objectifs poursuivis et de leur temporalité ? Il y a des visites médicales à sacrifier, mais d'autres, en revanche, à fusionner, à mieux déléguer aux IDEST, voire à déléguer, pour rendre le système viable, opérationnel et performant en matière de santé au travail.

L'objectif de ce texte est de faire un plaidoyer en faveur de la prévention primaire, sans pour autant abandonner les autres volets de la prévention. Il est aussi une façon de revoir en profondeur le rôle primordial du médecin du travail de demain dans son action individuelle et collective. Cette réflexion seule permettra de se sortir du marasme actuel et de véritablement agir efficacement en faveur de la préservation de la santé au travail tout au long du parcours professionnel, ce qui est la mission princeps de la discipline de la santé au travail.

Il faut donc d'urgence revoir la pertinence de certaines visites, en particulier, médicales.

### 3 REPENSER LA VISITE D'APTITUDE AVANT L'EMBAUCHE POUR LES SALARIÉS EN SUIVI RENFORCÉ

Prenons l'exemple de la visite médicale d'aptitude avant l'embauche (VMAAE) pour les salariés en suivi renforcé (SIR)<sup>1</sup>, qui donne l'occasion de confronter précisément les finalités de cette visite strictement médicale, son contenu réel et le bénéfice supposé quant à la préservation de la santé du travailleur. Seul un médecin du travail peut réglementairement l'effectuer car elle doit se conclure par un avis « d'aptitude », reliquat de la législation plus ancienne en matière de suivi de santé<sup>2</sup>. Il faut s'interroger plus sérieusement, au-delà des considérations habituelles d'usages anciens, de droits acquis, de fausses croyances, sur les intentions du législateur quant aux objectifs poursuivis par ces visites dévolues aux seuls médecins et dont la liste réglementaire des risques y ouvrant droit devait normalement être revue en 2020, après évaluation de sa pertinence (ce qui n'a jamais été fait).

Cet examen a pour objet (C. trav., art. R. 4624-24) :

1°) De s'assurer que le travailleur est médicalement apte au poste de travail auquel l'employeur envisage de l'affecter, notamment en vérifiant la compatibilité du poste avec l'état de santé du travailleur qui y est affecté, afin de prévenir tout risque grave d'atteinte à sa santé ou à sa sécurité ou à celles de ses collègues ou des tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail.

2°) De rechercher si le travailleur n'est pas atteint d'une affection comportant un danger pour les autres travailleurs.

3°) De proposer éventuellement les adaptations du poste ou l'affectation à d'autres postes ; les deux autres objectifs sont identiques à ceux des autres visites initiales et périodiques (VIP) dont chaque salarié bénéficie quelle que soit son exposition (à savoir, informer le travailleur sur les risques des expositions au poste de travail, le suivi de santé nécessaire et le sensibiliser sur les moyens de prévention à mettre en œuvre). Seuls les trois derniers objectifs sont des actions de prévention primaire en amont des risques.

Pour le dire vite, les deux premiers objectifs confèrent (au seul médecin) l'objectif de décider de l'aptitude ou de l'inaptitude du salarié ainsi que du danger qu'il pourrait représenter pour lui et les autres (dans des postes de sécurité dans ce dernier cas). Pense-t-on encore que l'aptitude soit une protection pour le salarié alors qu'elle ne signifie nullement que les risques professionnels sont maîtrisés ?

Un des objectifs avancés de ces VMAAE est aussi de prévoir un temps spécifiquement médical avant la prise de poste de façon à anticiper les risques immédiats. Si l'on regarde cependant la liste des risques particuliers<sup>3</sup>, il y a bien certains d'entre eux qui seraient susceptibles d'entraîner un effet aigu/accidentel, face auquel il faut informer/prémunir/préserver le salarié (milieu hyperbare, travail en hauteur...). Cependant, la plupart des autres risques visés par ces visites mériteraient davantage une sensibilisation/au risque et un suivi (ultérieur) adapté plutôt qu'un examen médical préalable à l'affectation qui ne peut, de toutes façons, conduire à l'écartier d'un risque par « précaution » (on pense aux agents cancérigènes, aux rayonnements ionisants, notamment, dont aucun examen médical préalable à l'affectation au risque ne serait susceptible d'émettre un avis d'inaptitude, encore moins des propositions individuelles d'équipements de protection, qui doivent concerner l'ensemble des salariés)<sup>4</sup>. Ces actions de prévention devraient être au cœur des délégations aux IDEST (qui peuvent à tout moment réorienter le salarié vers le médecin du travail si des aménagements sont nécessaires).

Comme il ne peut s'agir ni d'une sélection, ni d'une prédiction sur les risques de santé ultérieurs, l'examen médical d'aptitude avant

L'objectif de ce texte est de faire un plaidoyer en faveur de la prévention primaire, sans pour autant abandonner les autres volets de la prévention

3. Au risque de perdre la qualité qui en fait sa spécificité et son intérêt, certains organismes se prévalent même du nom de services de prévention et de santé au travail et développent une prestation à distance exclusivement, en « tout-téléconsultation » sans accroche au travail réel, sans contact systématique avec l'entreprise. *Déclarerons ainsi la logique du bien santé/travail.*

4. Il s'agit notamment des postes exposant les salariés à l'amiant, au plomb, aux agents cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction, au risque de chute de hauteur lors des opérations de montage et de démontage d'échafaudages, rayons ionisants, agents biologiques ayant des effets graves sur la santé, salariés caristes et ayant une habilitation électrique etc. *S. Cf. Rapport public de Haute-Garonne. Aptitude et inaptitude. Diagnostic et perspectives, janvier 2007 : <http://www.vie-publique.fr/rapport/29649-optique-et-inaptitude-medicale-au-travail-diagnostic-et-perspectives>*



**Repenser un suivi de santé utile est donc urgent, en mobilisant les moyens adéquats en fonction des compétences des professionnels de santé au travail**

\*\*\* G. Bourton  
L'avis d'aptitude médicale n'est pas un processus de sélection du travailleur « sain et/ou performant ». Il est émis à un instant t, sans prédiction de la façon dont la santé peut évoluer, alors même que le salarié a le droit de faire certains de ses antécédents, ce qui entraîne le risque qu'il ne reçoive pas, de surplus, tous les conseils de prévention adéquats concernant son poste de travail au regard de son état de santé réel.  
7. Force est de constater que cette aptitude ne protège pas le salarié des risques professionnels auxquels il est soumis. Elle est de plus souvent mal comprise par les employeurs, qui perçoivent et voient une caution médicale au maintien de conditions de travail inadéquates ou l'exonération à leur obligation de sécurité. Elle fait enfin référence à une fonction de contrôle qui ne peut être endossée par le médecin du travail du salarié.  
8. Ces risques particuliers sont fixés par l'article R. 4624-23 qui devrait être revu trois ans après sa publication pour en évaluer la pertinence! \*\*\*

●●● l'embauche non ciblée, systématique, pour toutes les catégories réglementaires actuelles de risques n'a pas d'intérêt démontré en termes de gain de santé. La multiplication des situations professionnelles justifiant un SIR est absolument incohérente et n'a pas amélioré la prévention.

Notre propos n'est pour autant pas de dire que le suivi individuel de santé est inutile, au contraire. Il est de souligner, par cet exemple, l'importance d'un suivi vraiment utile, de nature à préserver la santé des travailleurs tout au long de leur parcours professionnel.

Quant aux ressources médicales, il faut les orienter sur les consultations dans lesquelles leurs compétences de médecin sont mobilisées spécifiquement avec des objectifs adéquats.

Il faut donc délaissier les visites médicales systématiques d'aptitude avant l'embauche pour les SIR et décider d'un suivi adapté, prescrit médicalement, pour tous les salariés exposés à des nuisances professionnelles qui le justifient, tout au long de leur parcours professionnel.

Repenser un suivi de santé utile est donc urgent, en mobilisant les moyens adéquats en fonction des compétences des professionnels de santé au travail.

## 4 LES SOLUTIONS

Que faut-il aménager ?

D'une part il est absolument nécessaire de sacraliser une VIP de première embauche approfondie, car le travailleur entre sur le marché du travail, il doit être sensibilisé à la notion de risque professionnel, savoir de quel suivi de santé il peut bénéficier et des conseils du SPST sur lesquels il peut s'appuyer à tout moment. Les IDEST ont les pleines compétences pour assumer cette visite de prévention. C'est ainsi que toutes les visites occasionnelles ou « à la demande », doivent aussi être préservées. Comme doit être confirmé un suivi adapté, prescrit et ciblé par le médecin du travail compte tenu des populations vulnérables en fonction de leur état de santé, leur âge ou des risques auxquels ils sont exposés. La visite de préreprise (VPR) quant à elle, s'inscrivant dans un véritable processus d'anticipation de retour au travail de nature à aider chaque travailleur en difficulté de santé, doit être systématisée pour

tout arrêt de plus de 30 jours, ce que prévoient déjà les textes, sans s'interdire de recevoir bien sûr tout travailleur à sa demande quelle que soit la durée de son arrêt de travail<sup>11</sup>. Là encore, des délégations intelligentes vers l'IDEST en capacité d'approfondir la situation en rassemblant les informations personnelles, médicales, sociales et liées au poste de travail sont de nature à mieux préparer le retour à un travail adapté en coopération avec le médecin du travail. Les visites de fin de carrière (VFC), quant à elles, sont difficiles mais nécessaires. Elles ont pour objet de repérer les travailleurs qui auraient été exposés à un risque professionnel pouvant entraîner des effets différés pour lequel un dépistage régulier serait justifié. Les médecins seraient-ils cependant les seuls habilités à effectuer ces VFC ? Certes, l'état des lieux des expositions antérieures doit être remis de façon personnalisée et adaptée, avec une annonce faite par un médecin s'il y apparaît des cancérrogènes ou autres risques susceptibles d'inquiéter le travailleur. Comme il appartient aussi au médecin de prescrire un éventuel suivi post-professionnel. En revanche, la reconstruction du parcours d'exposition pourrait tout à fait être déléguée à un professionnel spécialisé dans les risques professionnels qui serait formé à l'utilisation des matrices emploi exposition, aux risques professionnels, etc. et qui aurait accès aux documents transmis par l'employeur et au *curriculum vitae* du salarié interrogé en amont. Les médecins ne passeraient ainsi pas un temps démesuré à reconstruire ce long parcours professionnel et pourraient se concentrer sur leur cœur de mission.

En conclusion, nous pensons que tout salarié doit bénéficier d'un suivi individuel de son état de santé tout au long de son parcours professionnel. Ce suivi permet de contribuer à la traçabilité des expositions professionnelles et des facteurs de pénibilité ainsi qu'à la veille sanitaire. Pour l'employeur, le suivi de santé doit rester obligatoire. Étant donné que depuis les années 1970, les études scientifiques battent en brèche des suivis médicaux non ciblés, ce suivi doit être réservé pour certaines situations, avant l'embauche, en cas de risque immédiat évitable et, au-delà, sur prescription médicale. Car les médecins du travail n'ont pas le pouvoir, par un examen médical, d'empêcher les gens d'être malades. Une prévention efficiente renvoie à l'action sur la source même des risques, au cœur du travail et de l'entreprise.

Le contexte de vieillissement de la population, d'intensification du travail, de recours massif aux formes d'emplois précaires, d'apparition de nouveaux risques professionnels, aux effets souvent différés, et d'explosion des pathologies liées aux organisations de travail (TMS/RPS) impose un changement de paradigme fondé sur une adaptation de la surveillance de l'état de santé au travail

des  
leu  
de  
co  
de  
die  
L'e  
ma  
ap  
fa  
m  
d'  
de  
av  
pl

..  
con  
cat  
dix  
76  
76  
p6  
91  
de  
76  
be



des salariés prenant en compte la globalité de leurs besoins de santé et des recommandations de bonne pratique<sup>12</sup>. L'enjeu est aussi d'assurer la coordination de la Santé Travail avec le système de soins en raison du poids grandissant des maladies chroniques, du vieillissement, de la précarité. L'offre sociale des SPST, les partenaires sociaux, mais aussi l'administration sont toujours dans une approche normative et encore très individuelle. Il faut répondre aux besoins de santé d'un territoire, mettre en place des indicateurs de suivi, d'analyse, d'évaluation. L'objectif des cinq années à venir doit être la montée en compétences des SPST avec une réponse collective (équipe pluridisciplinaire) aux besoins de santé des entreprises et

une meilleure utilisation du temps du spécialiste médical.

Faire le deuil de la raréfaction de la ressource médicale doit se coupler avec une démarche proactive de recentrage des compétences médicales sur ce qui fait leur spécificité et leur plus-value. La compétence médicale est utile à tous les niveaux de prévention, par l'analyse de la situation de risque, la répartition et le pilotage des tâches aux membres de l'équipe pluridisciplinaire, la synthèse du lien entre l'état de santé et le poste de travail, permettant de juger des besoins réels et surtout des compétences à mobiliser qui seront le plus adaptées à chaque situation professionnelle et/ou individuelle. ■

12. *Encore faudrait-il, pour que l'on puisse écarter ce risque immédiat, que l'on connaisse tous de l'état de santé du salarié qui peut décider de n'en rien dire au médecin du travail (cf. S. Fantoni-Quinson, A.-M. Laflamme, Garder le silence ou mentir sur son état de santé : quelles conséquences juridiques pour le salarié à l'embauche ? Une approche comparée France/Québec, Dr. soc., n° 1, janv. 2015, p. 8), en sachant qu'un examen clinique, même bien conduit peut ne pas détecter de nombreuses pathologies « invisibles ».*

13. *Ce raisonnement est aux antipodes des logiques et des textes qui défendent les discriminations dont pourraient être victimes les personnes les plus fragiles. Néanmoins, la notion de vulnérabilité dans son environnement donne, via la Loi de 2005 renforçant les droits des travailleurs handicapés, une portée dans ce sens.*

14. *Haute Autorité de Santé, Santé et maintien en emploi : prévention de la désinsertion professionnelle des travailleurs, 2019 : [https://www.haut-sante.fr/upload/application/pdf/2019-02/vrco271\\_recommandations\\_maintien\\_en\\_emploi\\_v1.pdf](https://www.haut-sante.fr/upload/application/pdf/2019-02/vrco271_recommandations_maintien_en_emploi_v1.pdf)*

15. *M. Isinidou, C. Pleton, S. Fantoni-Quinson, A.-C. Bernaudin et H. Gosselin : Rapport du groupe de travail Aptitude et médecine du travail, Mai 2015 : [https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_du\\_groupe\\_de\\_travail Aptitude\\_medicine\\_du\\_travail\\_2014-142R.pdf](https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_du_groupe_de_travail Aptitude_medicine_du_travail_2014-142R.pdf)*